

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 184

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Abscès amibiens du Foie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Avril 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES DUMONT

Né à Romans (Drôme), le 6 Février 1893.



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Abcès amibiens du Foie

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE..... Doyen.
ROQUE..... Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURICQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TIXIER, *Président*; M. THEVENOT Léon, *Assesseur*;
MM. MURARD et BONNET, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 184

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Abcès amibiens du Foie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 8 Avril 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES DUMONT

Né à Romans (Drôme), le 6 Février 1893



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

A MES PARENTS

Bien faible témoignage de gratitude
filiale et de profonde affection.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A TOUS MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Lyon

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous le remercions du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en présidant le jury de notre thèse, et avec notre sincère reconnaissance nous lui adressons l'hommage de notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MURARD

Qui nous a inspiré cette thèse ; nous avons, sous ses ordres, en août 1914, reçu avec lui le baptême du feu et, depuis, il nous a, en maintes circonstances, témoigné la plus grande bienveillance ; nous le prions, ici, de toujours croire à notre profonde reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE NANCY ET DE LYON,
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Nous devons nos remerciements à

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui voulut bien nous donner l'observation N° VI que nous rapportons dans notre travail, et nous aider de ses conseils.

INTRODUCTION

Les abcès du foie d'origine dysentérique, n'étaient, avant la guerre, observés que peu souvent par les médecins de nos pays; seuls, en France, les médecins de certaines villes, de nos grands ports, points de débarquement de ceux qui reviennent des colonies, avaient l'occasion d'en voir d'une façon presque courante, et encore rarement au début de l'affection; aussi les formes initiales ou d'évolution rapide étaient-elles relativement peu connues. Mais, depuis la guerre, les contingents coloniaux ont transporté l'amibe avec eux et ont été la cause d'infection pour l'habitant; d'autre part, notre armée d'Orient, en Macédoine tout particulièrement, a été touchée par l'amibiase comme par le paludisme et nous sommes destinés à voir, pendant quelques années, évoluer un certain nombre d'abcès tardifs. L'amibiase et ses complications, dont la plus importante était appelée, classiquement, l'hépatite suppurée des pays chauds, n'est donc plus une affection uniquement du domaine de la médecine coloniale et toutes les formes de l'hépatite, les formes aiguës comme les formes chroniques, frustes ou latentes, peuvent s'observer en France. Autre-

fois, on croyait que les formes suraiguës, mortelles à brève échéance, ne pouvaient se développer que dans les pays chauds ; le cas si caractéristique qu'a observé M. Murard nous démontre la possibilité de ces formes graves, toxiques, à début brutal, à évolution rapide, dans les pays tempérés, et cela après des symptômes dysentériques, frustes, ayant passé presque inaperçus.

Quand on parlait d'abcès du foie dans les traités classiques et qu'on en décrivait la symptomatologie, on avait toujours en vue les abcès du lobe droit, les plus fréquents à la vérité. Il nous a semblé bon de faire ressortir, par quelques observations récentes, de la guerre, la physiologie clinique particulière des abcès du lobe gauche, abcès relativement fréquents, qui peuvent être facilement méconnus et produire, lorsqu'ils ne sont pas chirurgicalement traités d'une façon précoce, non seulement les complications ordinaires des abcès du lobe droit, mais encore effectuer, grâce à leur position anatomique spéciale, certaines migrations grosses de conséquences.

En outre, les découvertes modernes d'agents thérapeutiques nouveaux, les données les plus récentes de la bactériologie et de l'anatomie pathologique sont venues modifier heureusement le traitement chirurgical de cette affection, traitement qui, depuis Stromeier Little, avait pourtant fait de grands progrès tant au point de vue de la préservation du péritoine que de la variété des voies d'accès.

CHAPITRE PREMIER

Des abcès du lobe gauche **Leur fréquence, leur diagnostic et leur évolution**

Les grands abcès du foie peuvent occuper tous les points du parenchyme hépatique; cependant, le plus fréquemment, ils siègent dans le lobe droit et se développent plutôt du côté de la face convexe. D'après les statistiques les plus récentes, celles de Corre, en particulier, dans 80 % des cas la suppuration se localise dans la partie droite de la glande. On peut se demander quelle est la raison de cette prédilection des abcès dysentériques, pour le lobe droit. Glénard soutient qu'il y a une spécialisation fonctionnelle et une indépendance anatomique des lobes du foie; pour lui, le lobe droit frappé, le plus souvent, par l'alcoolisme, deviendrait la proie facile des amibes provenant des ulcérations du cæcum et des côlons ascendant et transverse, les abcès du lobe gauche tireraient leur origine de l'iliaque et du rectum. Or, l'anatomie pathologique montre que, dans

l'entérite amibienne, il y a justement prédominance des lésions dans les régions de l'intestin qui envoient leur sang veineux dans le lobe droit. D'autre part, la branche droite de la veine porte est plus volumineuse et continue la direction du tronc veineux ; par suite, le lobe droit reçoit une irrigation sanguine plus abondante. Mais nous croyons plutôt que le faible pourcentage (15-20 %) des abcès du lobe gauche est expliqué par les rapports des masses du lobe droit et du lobe gauche. En effet, le foie est divisé purement, à la superficie de sa face convexe, par l'insertion du ligament falciforme en une partie droite et une partie gauche, de constitution histologique absolument semblable ; les mensurations faites par Charpy ont donné les résultats suivants :

Pour un foie de poids moyen, 1.500 gr., on trouve, pour le lobe gauche, un poids de 300 gr., c'est-à-dire 20 % du poids total. Le rapport des poids, toutes choses restant égales, nous indique clairement et simplement la raison pour laquelle les abcès du foie siègent, dans 80 % des cas à droite, sans qu'il soit utile de faire intervenir une cause prédisposante quelconque. Ainsi, il y a tout de même un nombre appréciable de cas où l'abcès évolue dans une autre région que le lobe droit.

Etant donnée l'importance extrême de la localisation aussi exacte que possible de la suppuration hépatique, au point de vue de la thérapeutique chirurgicale de cette affection et de l'évolution bien différente des abcès abandonnés à eux-mêmes trop longtemps, suivant qu'ils appartiennent au lobe droit ou au lobe gauche, nous allons montrer l'aspect clinique spécial des abcès de cette dernière région. Et, d'abord, les symptômes géné-

raux (fièvre bilio-septique, troubles digestifs, amaigrissement) étant forcément les mêmes, y a-t-il des symptômes fonctionnels particuliers aux abcès du lobe gauche ?

Dans les abcès du lobe droit il existe, dans la région de l'hypocondre droit :

1° Une sensation de pesanteur, de tension constante, expression des lésions évoluant en plein parenchyme;

2° Une douleur intense, déchirante, térébrante ou bien encore poignante, avec des exacerbations causées surtout par l'évolution de l'abcès vers la corticalité du foie, produisant de la glissonnité et de la périhépatite, voire même l'irritation des nerfs de la face inférieure du diaphragme;

3° Associées à la douleur locale des irradiations douloureuses vers le moignon de l'épaule droite, vers la clavicule, douleur s'étendant, quelquefois sans interruption, de l'hypocondre droit à la région sous-claviculaire droite, douleur en bretelle classique.

Dans les abcès du lobe gauche, la localisation des phénomènes douloureux nous semble bien différente; pour nous en rendre compte, il n'y a qu'à lire les observations suivantes, dues à M. Murard et à M. Cotte :

OBSERVATION I

due à M. MURARD

M... Rose, 25 ans, lingère.

Entre le 19 juin 1920, à l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur de la région épigastrique, très douloureuse. En 1912, à la suite d'une fausse couche opérée à la Charité. Pfannenstiel, intervention conservatrice sur les annexes; 3 ans de séjour en Argentine, mais jamais de dysenterie.

A eu la syphilis il y a six ans et depuis suit un traitement régulier. Revenue d'Argentine depuis un an.

Maladie actuelle remonte à un mois. Après avoir, durant deux jours, souffert de troubles digestifs après les repas (ballonnements, pesanteur), le 18 mai, à 2 heures de l'après-midi, douleur assez brusque à l'épigastre avec nausées. Depuis, troubles digestifs de plus en plus accusés, gêne au moment de la digestion, ballonnements, nausées sans vomissements. Appétit conservé. Il y a 11 jours, douleur augmentée, s'irradie en ceinture ; apparition d'une tuméfaction épigastrique. La température a été prise quelquefois : un soir, frisson avec 39°. Hier soir, 38° ; mais le plus souvent pas de température. Entre à l'hôpital parce que la douleur est très violente.

Examen : malade maigre, pâle, peau sèche, couchée en chien de fusil sur le côté gauche. A l'abdomen, tuméfaction épigastrique du volume d'une tête de fœtus, tout entière au-dessus de l'ombilic, de forme arrondie, mobile avec les mouvements respiratoires. Cette masse douloureuse à la pression est située sur la ligne médiane et à gauche de la ligne médiane ; elle ne déborde pas à droite. Elle est mate, sa matité se continue avec celle du foie. Espace de Traube sonore. Auscultation négative en avant et en arrière.

Intervention : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Enorme foie ; le sillon de la faux est très creusé et le lobe gauche forme une tumeur volumineuse. On protège par des compresses tout autour et on ponctionne ensuite le lobe gauche. Pus. On crève alors le lobe avec une pince de Kocher permée, puis on écarte les mors et on introduit le doigt. Pus abondant de couleur gris sombre, avec des détritits sphacéliques. Cavité irrégulière, anfractueuse ; il semble qu'il doit y avoir des diverticules purulents, car il n'y a qu'une petite cavité et il s'en échappe du pus en quantité alors qu'elle semble vide. Ether dans la poche. Tampons d'écouvillonnage. Orifice amarré par ses lèvres à la paroi ; 4 catguts. Un gros drain dans la poche. Fermeture de la paroi au-dessus et au-dessous, quelques crins sur les extrémités de la peau.

Examen du liquide prélevé au 2° pansement le 22 juin. Examen direct : pas d'amibes, pas de microbes. En culture, après 24 heures d'étuve, staphylocoques.

Suites. — Suppuration extrêmement abondante. Apparition de diarrhée avec nouvelle poussée de température. Injections d'émétine, amélioration rapide. On fait une série de 4 injections. Peu à peu la plaie se ferme. Elle est à peu près guérie quand la malade quitte l'hôpital le 27 juillet, en très bon état.

OBSERVATION II

Tirée d'un article de M. COTTE, dans le *Lyon Chirurgical*, année 1918)

H... Albert, Français, entre à l'hôpital temporaire N° 2, le 2 juillet 1917, atteint de fièvre continue. La maladie a débuté il y a quinze jours, par une douleur brusque et violente dans la région épigastrique. Les jours suivants, les douleurs continuent avec moins d'acuité, la température est de 38° ; pas de vomissements, diarrhée pendant 3 à 4 jours ; ni glaires, ni sang.

Le 10 juillet, on constate du côté de l'abdomen une tuméfaction globuleuse soulevant les fausses côtes gauches. La zone de Traube est remplacée par une zone mate descendant jusqu'au voisinage de l'ombilic, limitée en dedans par la ligne médiane, en dehors par la ligne axillaire ; fluctuation dans la partie saillante de la tumeur et douleur à la pression. Légers signes de pleurésie à la base gauche. Une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz donne issue à un liquide séro-hématique peu abondant.

Examen radiologique : coupole diaphragmatique gauche sensiblement surélevée et dépassant la coupole droite. Mouvements très limités du diaphragme à gauche.

Le 12 juillet la tumeur abdominale volumineuse, saillante, située toute entière dans l'hypocondre gauche présente les caractères décrits ci-dessus.

Le 13 juillet, ouverture de l'abcès par une incision sous-costale gauche ; un litre de pus jaunâtre est évacué ; deux gros drains.

Guérison le 26 août 1917.

OBSERVATION III

(même origine)

P... A..., 24 ans, Guadeloupéen, entre, le 16 septembre 1917, à l'H. T. N° 2, venant de l'H. T. N° 4, où il était en traitement pour congestion pleuro-pulmonaire.

Antécédents : a eu de la diarrhée sanglante pendant sept à huit jours dans la deuxième quinzaine d'août. Le 20 août il ressentit subitement une douleur violente, à la région épigastrique, le matin en se levant. Le 29 août, on constata, pour la première fois, dans la région épigastrique, une voussure et de la matité.

A son entrée, le 16 septembre 1917, on trouve à la partie la plus élevée de la région épigastrique, à gauche de l'appendice xiphoïde, une tuméfaction peu saillante du volume d'une mandarine, mobile avec la respiration, de consistance ferme, peu douloureuse.

A la radioscopie, on note une augmentation de volume du foie avec déformation de la face antérieure.

Jusqu'au 28 octobre, la température reste à 37° ; le malade souffre peu, la tuméfaction épigastrique n'augmente pas. Le 22 octobre, température 39°, le centre de la tumeur se ramollit et devient douloureux. Le 23, sur la table d'opération, on fait au point ramolli une ponction qui ramène une goutte de pus.

L'opération est immédiatement décidée. Incision à gauche de l'appendice xiphoïde le long du rebord costal. Une grosse collection de pus rougeâtre est évacuée ; curettage, drains. Emétine les 23, 24, 28 octobre.

Guérison le 4 novembre.

Il n'y a plus cette sensation de pesanteur dans la région de l'hypocondre droit, mais une douleur vive, exacerbée par les mouvements, la toux, douleur localisée au creux épigastrique avec irradiations à gauche de la ligne médiane.

Dans plusieurs observations d'abcès du lobe gauche, de Bertrand et Fontan, on remarque, avec le point douloureux épigastrique central, des irradiations à droite et à gauche de la ligne médiane, constituant ainsi de véritables douleurs en ceinture. Enfin, d'une façon plus inconstante, il y a un point de côté gauche spontané ou réveillé par la pression au niveau de la partie antérieure des derniers espaces intercostaux. Ce point de côté gauche a été quelquefois une source d'erreurs dans les pays à paludisme; on croyait à une rate douloureuse ou à un abcès de ce dernier organe, plutôt qu'à un abcès du foie. Un point particulier à remarquer dans le caractère de la douleur épigastrique, qui ressort des observations précédentes est la brusquerie, la soudaineté de son apparition. C'est ainsi que chez la malade de M. Murard (Observation I), devant une douleur épigastrique aussi violente et avant l'apparition de la tuméfaction, on avait pensé à un ulcère perforé de l'estomac. En outre de ces symptômes douloureux à localisation si précise, il y a des symptômes fonctionnels gastriques souvent très marqués, quelquefois même prédominants qui peuvent, au début de l'affection et en l'absence de tuméfaction, égarer le diagnostic du côté de l'estomac ou de la vésicule. On note des éructations et des vomissements fréquents, du hoquet, du ballonnement, des troubles de la digestion gastrique, enfin un ensemble de phénomènes anormaux se reproduisant à peu près régulièrement après les repas.

Quelquefois, le point douloureux central, au lieu d'occuper franchement l'épigastre, est situé plus bas, au voisinage de l'ombilic; rarement, mais cela a été observé, il y a de la scapulalgie gauche.

Le diagnostic de certitude d'un abcès du lobe gauche est acquis d'une façon précise par les signes physiques. Dans tous les cas, lorsque l'abcès a pris un développement suffisant, vers la périphérie du foie, venant, en quelque sorte, soulever la capsule Glisson, il se développe, dans la région épigastrique, une voussure, une tuméfaction profonde de siège médian ou para-médian gauche, ne s'accroissant jamais à droite de la ligne médiane, mais à gauche. Cette collection de pus n'est séparée des doigts explorateurs que par la paroi abdominale complètement souple et dépressible à ce niveau et permettant la perception très facile de l'abcès, au malade lui-même, comme le montre l'observation IV. A la percussion, la matité de cette tumeur est naturellement en continuité avec la matité hépatique. Cette tuméfaction à gauche peut coexister avec une augmentation de volume du lobe droit, soit qu'il y ait un abcès concomitant de ce lobe ou bien simple poussée congestive de voisinage.

Le volume de cette tuméfaction varie depuis la grosseur d'une noix, d'une mandarine à celui d'une tête fœtale à terme et même plus, et, dans ce dernier cas, on conçoit que l'abcès n'est plus enveloppé que par une couche extrêmement mince de tissu hépatique. Lorsqu'il y a un aussi grand développement, la matité de cette tumeur, en continuité avec la matité hépatique, vient réduire et même faire disparaître le tympanisme normal de l'espace de Traube. A la palpation, on a la perception d'une rénitence particulière, d'élasticité, donnant aux doigts qui explorent la sensation d'une balle de caoutchouc; l'abcès s'accroissant et n'étant plus

enveloppé que d'une coque très mince qui vient en contact avec la paroi abdominale, on peut arriver à percevoir la fluctuation dans la masse de la tumeur ou à son point culminant seulement.

Enfin, au début de l'affection, lorsqu'il n'y a pas encore de tuméfaction perceptible, qu'il n'existe que de la douleur épigastrique, qu'un point de côté gauche spontané ou réveillé par la pression, on peut percevoir à l'oreille ou au doigt des frottements de périhépatite localisés au creux épigastrique.

Il ne faut pas négliger, dans les cas douteux, l'examen radioscopique de l'hypocondre gauche, que l'on peut combiner avec l'insufflation de l'estomac par une potion gazogène. On verra alors une limitation ou une abolition des mouvements du diaphragme de ce côté; de plus, la coupole diaphragmatique gauche paraît refoulée, occupe une situation plus élevée. Il n'est pas rare de voir une augmentation appréciable du volume de l'extrémité gauche du foie; quant à l'abcès lui-même, il n'est généralement pas visible à la radioscopie.

Lorsque le diagnostic sera tout à fait incertain, plutôt que de méconnaître l'hépatite suppurée, on fera des ponctions ou encore une laparotomie exploratrice, car, comme nous allons le voir plus bas, les abcès du lobe gauche non traités ont les conséquences les plus graves.

L'évolution des abcès du lobe gauche, abandonnés à eux-mêmes, découle des rapports de ce lobe avec les organes avoisinants et les différentes migrations du pus sont clairement expliquées par l'anatomie topographique de cette région du foie. Le lobe gauche occupe l'épi-

gastre et l'hypocondre gauche. Par sa face supérieure, il répond :

1° A la paroi abdominale antérieure de l'appendice xiphoïde aux cartilages de la septième et huitième côte gauche;

2° Aux cartilages des septième et huitième côtes;

3° Par l'intermédiaire du diaphragme au péricarde et au cœur qui y laisse son empreinte;

4° A une partie très limitée de la plèvre du poumon gauche.

Par sa face inférieure excavée, il est en rapport avec l'estomac, par son extrémité gauche avec la rate.

Le pus pourra donc prendre diverses directions, et, à la faveur des adhérences, passer soit dans l'estomac, soit dans le péricarde ou encore dans la plèvre ou le poumon gauches; ou bien, comme pour le lobe droit, se déverser dans la cavité péritonéale ou venir s'aboucher à la peau.

La migration qui paraît la plus fréquente est celle qui se fait dans l'estomac. La soudure de la face concave du lobe gauche à ce dernier viscère est intime, la perforation le plus souvent unique peut être très étendue. Dans l'observation de Rivet, « l'orifice de communication entre la cavité stomacale et la poche de l'abcès mesurait 6 cm.; les bouts étaient ramollis; déchiquetés, adhérents par une soudure qui ne permettait plus de distinguer ce qui était foie de ce qui était estomac ».

D'après les médecins anglais, cette évolution particulière de l'abcès s'observerait dans 3,5 % des cas, mais ce chiffre paraît exagéré et la littérature médicale ne contient guère qu'une dizaine d'observations vérifiées par

l'autopsie; il s'en faut, du reste, que cette complication soit fatalement mortelle; l'observation suivante, empruntée à Fontan, nous montre même une guérison spontanée de cette complication.

OBSERVATION IV

F..., lieutenant d'infanterie de marine.

En octobre 1883, sans avoir jamais eu ni dysenterie ni diarrhée, F... commence à éprouver une lassitude générale; l'appétit disparaît, la respiration devient un peu gênée; il existe de la constipation, puis des douleurs abdominales assez vives au niveau du creux épigastrique, mais diffusées aussi dans tout l'abdomen. Trois jours après, à la constipation succèdent des évacuations alvines fréquentes renfermant des mucosités et du sang.

Après quatre ou cinq jours de cet état, avec légère détente, nouvelle apparition de douleurs très vives et localisées un peu à gauche dans le creux épigastrique. Le malade constate à ce niveau la présence d'une petite tumeur dure, résistante, comparable à une rondelle de cuir ou de caoutchouc durci, du diamètre d'une pièce de 5 francs. Il ne peut marcher que le corps plié en deux, et en soutenant avec les deux mains cette tumeur qui est très douloureuse.

Après quinze jours de cet état, l'officier est transporté à Haïphong. A son arrivée, on constate un amaigrissement considérable, la face grippée, une pâleur ictérique très prononcée, une hypertrophie du foie qui déborde les fausses côtes. Trouble des voies digestives, inappétence absolue, dysenterie persistante.

La tumeur a augmenté de volume et on reconnaît la présence d'un abcès siégeant dans le lobe gauche du foie, superficiel et faisant saillie dans la moitié gauche du creux épigastrique. Température : 38°3 le soir, normale le matin, repos, pommade belladonnée, larges cataplasmes. Amélioration notable dès le lendemain; la douleur est moins vive. En quelques jours la tumeur diminue de volume et quinze jours après elle

a presque disparu. On ne constate plus au toucher qu'une petite portion indurée du volume d'une pièce de 1 franc.

Embarqué pour être rapatrié, le convalescent est bientôt repris de phénomènes hépatiques graves ; la douleur se localise dans le creux épigastrique mais à 4 cm. à droite du point où, deux mois auparavant, s'était manifestée la tumeur. A ce point, la collection purulente devient saillante et fluctuante. L'état stomacal est mauvais.

Le 12 janvier, l'abcès est ouvert au bistouri ; drainage, pansement phéniqué, suites excellentes.

Dans cette observation, la disparition presque soudaine d'un abcès très nettement diagnostiqué dans la moitié gauche du creux épigastrique ne peut s'expliquer que par la migration du pus dans l'estomac. Un fait à remarquer c'est que, contrairement à ce qu'on pourrait logiquement attendre, de temps en temps au moins, on n'observe pas de vomissements purulents.

Une complication redoutable et heureusement rare est l'ouverture d'un abcès du lobe gauche dans le péricarde. En France, il y a trois observations d'irruption du pus du lobe gauche dans le péricarde, deux ou trois en Amérique, et cinq à six sont signalées par les médecins anglais ; tout dernièrement, en mars 1918, M. Cotte en a observé un cas, mais le pus provenait de la partie convexe droite du foie avoisinant le ligament suspenseur. Dans l'observation de Férand, le malade atteint cependant de dysenterie depuis un mois était traité pour un accès pernicieux algide ; quoiqu'il se plaignît constamment de douleurs à siège épigastrique, on n'avait pas songé à examiner le foie et il était soumis à la médication quinique à haute dose. Il mourut, et, à l'autopsie, on trouva 200 gr. de pus dans son péricarde, qui commu-

niquait à travers le médiastin et le diaphragme avec un vaste abcès du lobe gauche qui avait été totalement méconnu. Dans le journal « Clinique des Hôpitaux de Philadelphie », on cite le cas d'une négresse qui eut un énorme abcès du lobe gauche, ayant amené des adhérences de la face convexe du foie avec le diaphragme et un cheminement du pus jusqu'au péricarde qui contenait deux pintes (un litre environ) de pus. En outre, le péricarde était tapissé entièrement de fausses membranes, ce qui prouve que cette complication n'est pas immédiatement mortelle, l'invasion du péricarde remontrant certainement, dans ce cas, à plusieurs jours au moment de la mort, ce qui s'explique par la septicité relativement faible du pus d'un grand nombre des abcès amibiens du foie. Ces deux exemples nous montrent l'importance vitale du diagnostic précoce des abcès du lobe gauche, une prompte intervention chirurgicale mettant fin à toute menace de propagation dangereuse pour la vie du malade. Or, si l'abcès évolue vers le haut, c'est-à-dire vers le diaphragme et le cœur, il peut ne pas donner de tuméfaction appréciable au creux épigastrique ; la symptomatologie sera purement fonctionnelle ; il y aura des douleurs épigastriques, un point de côté gauche exagéré par la pression, et, chez un malade à antécédents dysentériques, il faudra penser à l'abcès du lobe gauche et ne pas trop attendre avant de faire une ponction ou une laparotomie exploratrices.

Plus tard, avant l'envahissement du péricarde par le pus, venu directement de l'abcès, lorsqu'il y aura formation d'adhérences unissant le foie à la partie du diaphragme directement sous-jacente au péricarde, lorsque

la collection purulente commencera à éroder, à ulcérer la barrière qui la sépare encore de la séreuse cardiaque, il y aura des phénomènes d'angoisse, de l'anxiété; de la douleur précordiale, des frottements, des signes d'asystolie même, comme dans l'observation de M. Cotte, où un abcès, issu du lobe droit, évolue dans le péricarde, tous ces signes traduisant la réaction de voisinage du péricarde, et alors il sera grand temps d'intervenir.

L'extrémité gauche du foie est, dans un certain nombre de cas, en rapport direct avec la face convexe de la rate à laquelle même il peut être réuni par un repli péritonéal très court, le ligament hépato-splénique. On conçoit donc bien la possibilité d'envahissement de la rate par un abcès de l'extrémité gauche du foie ou d'un cheminement du pus entre les deux feuillets du ligament précité jusqu'à venir se collecter sous le péritoine splénique en érodant la corticalité de la rate. L'abcès ne s'ouvre pas dans la rate, à vrai dire, puisque ce n'est pas un organe creux; il se crée une loge aux dépens du tissu splénique détruit par la suppuration; l'excavation ainsi produite est toujours peu étendue; il y a formation d'une sorte de godet agrandissant en quelque sorte la cavité de l'abcès. Mais, en réalité, ce qui paraît le plus fréquent, d'après les cas cités par Bertrand et Fontan, c'est de la péricapsulite suppurée sans que la rate elle-même soit atteinte par la suppuration. Enfin, si les abcès du lobe droit évoluent avec une grande fréquence du côté de la plèvre et du poumon correspondants, par suite des rapports tout à fait minimes du lobe gauche avec la plèvre gauche, cette complication est très rare à gauche.

Comme pour le lobe droit, l'ouverture à la peau n'est pas commune, soit par ce que le chirurgien est intervenu devant des signes si nets d'abcès, soit parce que le malade succombe à une autre complication avant que le pus n'ait eu le temps de perforer les téguments. L'ouverture, dans le péritoine, peut s'observer à gauche comme à droite et comporte les mêmes conséquences.

En résumé :

1° Les abcès du lobe gauche présentent des symptômes très différents de ceux du lobe droit, symptômes dont on ne doit pas méconnaître la signification, surtout lorsque la tuméfaction épigastrique est perceptible ;

2° Des migrations des abcès du lobe gauche, deux surtout, sont importantes : celles qui se font dans l'estomac et dans le péricarde ;

3° Encore plus que pour tout autre abcès du foie, l'intervention chirurgicale précoce est nécessaire dans les abcès du lobe gauche ; aussi, en cas de doute, il n'y a pas à hésiter à faire une laparotomie exploratrice, prélude d'une intervention plus complète si le diagnostic est confirmé.

CHAPITRE II

Les formes suraiguës de l'abcès du foie

Les abcès dysentériques du foie peuvent se présenter sous des aspects cliniques bien différents: Le plus fréquemment, on a affaire à la forme subaiguë qui donne la symptomatologie classique de l'hépatite suppurée: point de côté dans l'hypocondre droit, augmentation de volume du foie, les phénomènes généraux sont modérés, troubles gastro-intestinaux, fièvre intermittente symptomatique de la suppuration intra-hépatique dite fièvre bilio-septique de Chauffard dont les accès ressemblent beaucoup à ceux du paludisme, avec stades de frisson, de chaleur et de sueur; de plus, l'abcès met un certain temps à évoluer et la maladie peut durer six à huit semaines. Il y a une forme chronique qui peut succéder à la précédente ou s'installer d'emblée, caractérisée par l'hypertrophie du foie, le subictère, la fébrilité, la cachexie; il y a enfin une forme fruste et une forme latente où les symptômes locaux ou généraux, voire

même les deux, font défaut. Mais il existe aussi une forme à évolution rapide, aux symptômes généraux et locaux extrêmement marqués, se terminant presque fatalement par la mort. Après un frisson violent et prolongé apparaît brusquement un point de côté très douloureux dans l'hypocondre droit; en même temps, il y a une fièvre élevée accompagnée d'un mauvais état général. Ce n'est pas comme dans les formes les plus communes de l'hépatite suppurée une fièvre intermittente, sub-continue, ou, le plus souvent, rémittente pendant le premier septenaire, puis tombant et reprenant lorsque la suppuration s'établit. C'est, au contraire et dès le début, une fièvre très élevée, se maintenant, presque en plateau, au voisinage de 40°, dont la baisse finale coïncide avec une accélération très notable du pouls à 120 et plus. Presque dès les premiers jours, il y a des symptômes ataxo-adiynamiques avec délire, traduisant l'intoxication massive de l'organisme, ou bien encore un état typhoïde grave, avec tendance au collapsus, s'installe. S'il n'apparaît pas d'augmentation de volume du foie ou de tuméfaction localisée, soit par suite du siège de l'abcès en une région peu accessible, soit par sa forme anatomo-pathologique particulière (forme nécrosique) on peut, surtout en pays tempéré et les premiers jours de l'affection, penser à toute autre chose qu'à un abcès du foie, croire par exemple que l'on a affaire à une cholécystite suppurée, à un ulcère perforé du duodénum ou de l'estomac, à une appendicite, à une péritonite sous-hépatique, ce que peut sembler confirmer la défense de la paroi et l'état général précaire, ou plus simplement à une pleurésie purulente ou à une septicémie.

Nous reproduisons ci-dessus une observation caractéristique de tels cas, que nous devons à l'obligeance de M. Murard.

OBSERVATION V

J... Arsène, 33 ans, cultivateur, 176° d'artillerie.

Appelé en consultation en médecine, devant un malade présentant des troubles abdominaux ; les troubles ont débuté le 27 mars. Auparavant le blessé, qui n'a jamais été malade, n'est jamais allé aux colonies, ne présente aucun antécédent particulier, sauf une petite bronchite l'an dernier. Il signale cependant de la diarrhée depuis deux à trois semaines, avant les accidents. Cette diarrhée n'avait aucun caractère particulier, le blessé a continué son service, pas d'épistaxis.

Le 27 mars, au matin, douleur assez vive dans l'hypocondre droit survenant en quelques instants, et qui contraind le malade à interrompre son service, sans cependant qu'il s'alite le jour même. Entré à l'infirmerie, d'où on l'évacue le 31. Pendant l'intervalle du 31 au 3, on constate une réaction vive de la paroi au niveau de l'hypocondre droit avec empâtement, pas de diarrhée, signes de congestion hypostatique aux bases pulmonaires. Température à 40°.

Aujourd'hui, à l'examen, malade opulent, au facies vultueux. Abdomen : léger météorisme localisé à l'hypocondre droit ; en cette région, résistance de la paroi et empâtement. La pression est très douloureuse. Le reste de l'abdomen est sensible, mais se laisse déprimer. Un peu de douleur à la pression de la fosse lombaire droite ; peut-être sur la ligne axillaire y a-t-il un léger œdème ?

État saburral des voies digestives, deux vomissements sans caractère depuis l'entrée. Pas d'ictère, ni constatable cliniquement, ni décelable dans les urines. Selles sans caractères diarrhéiques.

Auscultation : bronchite diffuse.

On pense à une cholécystite suppurée, avec cependant cette arrière-pensée qu'il n'y a aucune infection des petits vaisseaux biliaires.

Intervention d'urgence. — 10 h. 1/2 : anesthésie régionale. Celle-ci échoue complètement. Il faut donner du chlorure d'éthyle, puis de l'éther, ce qui complique un peu l'intervention déjà rendue difficile par l'obésité du malade.

Incision coudée d'abord des voies biliaires, à peine le péritoine incisé, du pus s'échappe en abondance. On reconnaît qu'il vient de l'espace sous-hépatique ; c'est du pus bien lié, sans odeur. Deux choses frappent : l'absence d'adhérences, seul le côlon transverse, avec le grand épiploon protègent l'abdomen. En outre, le vésicule se présente indemne, la cavité abcédée baigne le duodénum couvert de fausses membranes. En explorant la face convexe du foie on trouve en dehors une plaque annulaire grosse comme une pièce de 5 francs, ressemblant au cancer secondaire. Cette plaque, bien limitée sur les trois-quarts de sa circonférence et se continuant insensiblement avec le tissu hépatique, d'autre part, semble en voie de nécrose. Leur petite ponction à l'aiguille de Pravaz ne ramène aucun liquide du foie. L'origine du pus ne peut être trouvée.

On se contente de placer une mèche protectrice au contact de la face supérieure du foie, une seconde vers le bas pour isoler le grand péritoine ; dans l'espace sous-hépatique est placée une mèche disposée autour d'un drain. Suture aux deux extrémités de l'incision.

Suites anesthésiques. — Début d'un délire furieux qui dure plus d'une heure.

5 avril. — Les compresses sont souillées de bile jaune orangé.

6 avril. — Depuis l'intervention, signes de bronchite. Aussitôt enveloppements humides sinapisés. Le soir, délire furieux qui oblige à isoler le malade. Abscess de fixation. Urine : quantité notable d'albumine.

7 avril. — Délire furieux persiste avec hallucinations. La mèche supérieure est retirée ainsi que le petit tamponnement de la cavité de l'abcès. Saignée de 400 gr.

9 avril. — La plaie depuis hier laisse échapper des fragments sphacèles qui correspondent à la région occupée par le foie. Ce matin on désunit, à l'aide d'une légère anesthésie au kélène, la partie supérieure de l'incision et on donne un coup de ciseaux qui débride en dehors l'angle de l'incision

coudée. La loge apparaît remplie d'une masse sphacelée qu'on ne peut poursuivre ; on se contente d'y placer une mèche imbibée d'eau oxygénée.

11 avril. — Mort à 4 heures du matin.

Autopsie. — Abdomen intact. Plèvre intacte, sans une goutte de liquide. Poumon : emphysème et congestion passive aux bases. Un peu de pus à la pression des petites bronches à la base. Cœur : rien. L'ins : normaux. Intestin ouvert sur toute sa longueur : rien ; pas d'ulcérations.

Tout l'intérêt se concentre sur l'appareil des glandes annexes digestives.

Foie. — Au niveau du lobe droit, sur la partie antérieure de la face convexe, affleurant le bord antérieur de l'organe, cavité abcédée sphacélique du volume d'une mandarine. Cette zone est bordée par une zone où le tissu hépatique est légèrement ardoisé. A la coupe, la paroi se limite assez nettement. La cavité évolue du côté de la face inférieure où l'on voit déjà une zone blanche, grande comme une pièce de 2 francs. Les parois de la cavité sont colorées en jaune or par places, cicatrices de la cholerragie légères. Une deuxième plaque blanche au niveau du bord postérieur du foie, sur le versant convexe immédiatement au contact du ligament triangulaire droit. L'incision laisse écouler un pus crémeux et conduit dans un abcès gros comme une très grosse noix.

Coupe du foie : Foie un peu gros. V. biliaires : ouvertes sur toute leur étendue, rien d'anormal, ni calcul, ni obstacle, Duodénum, rien d'anormal.

Pancréas : Frappe par sa consistance, dure comme du foie, A la coupe, crie sous le bistouri, mais pas d'aspect inflammatoire. Donne seulement l'impression d'un pancréas scléreux, cirrhotique.

Pas d'obstacle dans le Wrisung. L'induration s'étend uniformément sur tout l'organe de la queue au crochet.

Rate : rien d'anormal.

Examen du sang avant l'abcès de fixation le 6 avril :

Polynucléaires neutrophiles.....	74 %
Grands mononucléaires	26 %

Le 8 avril, 37.800 glob. blancs par millimètre cube; hyperleucocytose très marquée avec polynucléaires.

Polynucléaires neutrophiles	89 %
Grands mononucléaires	4 %

Prélèvement de pus dans le foie à l'intervention. Frottis, microbes assez nombreux, en culture : perfringens, staphylocoques, colibacilles.

Hémoculture : négative.

Examen histologique. — *Foie.* — Zone abcédée séparée du parenchyme par une barrière épaisse, régulière et bien limitée. Le foie présente l'abcès du foie gros, vésicules adipeuses nombreuses; pas de lésions importantes.

Pancréas : Quelques lésions discrètes. Les acini sont un peu disloqués et par endroits même comme dilatés. Un peu de congestion mais pas de lésions importantes. La nature des lésions reste imprécise.

Il est à remarquer, chose que l'on pouvait prévoir, que, dans ces formes suraiguës, tuant le malade par intoxication, on n'a pas affaire à une collection purulente bien enkystée, séparée du reste du tissu hépatique par une barrière de défense fibreuse; ce n'est pas l'abcès fibreux de Kelsch et Kiener, l'abcès enkysté dont la sépticité s'atténue rapidement par une sorte d'auto-stérilisation, mais bien plutôt l'abcès phlegmoneux, quelquefois même une sorte de gangrène du tissu hépatique. Le tissu glandulaire est frappé d'emblée de nécrose et il n'y a point de limitation du processus. Cette région mortifiée s'infiltré assez tardivement de leucocytes donnant naissance au pus. Chose curieuse: dans l'observation précédente, il y avait une collection purulente enkystée dans le péritoine alors que la partie malade du foie n'était encore qu'au stade nécrotique et qu'on ne pouvait tirer du pus de la glande en aucun point par l'ouverture met-

tant en communication la zone de l'abcès avec l'extérieur; il s'échappait du foie non pas du pus, mais des lambeaux de tissu glandulaire sphacelés par les éléments infectieux. Car il est à remarquer, d'après les résultats de l'analyse bactériologique, que dans cette forme grave, presque gangréneuse, il y avait une flore microbienne remarquable par la nocivité que ces germes peuvent prendre, surtout lorsque leur septicité est exaltée par l'association entre eux : bacillus perfringens, agent de certaines gangrènes; staphylocoque, qui donne maintes suppurations; coli-bacille, qui, hors de son habitat normal, prend souvent une grande virulence. L'amièbe, simple parasite pouvons-nous dire, n'est pas capable, à lui seul, de provoquer des symptômes généraux aussi graves, d'ordre toxique certainement, car il n'y a pas eu de germes dans le sang, pas de septicémie, mais plutôt une toxémie.

Ainsi donc, dans cette forme, il y a deux faits importants à retenir :

1° Un sphacèle local du tissu hépatique, sphacèle dû à une association microbienne d'une haute septicité;

2° Des phénomènes généraux graves, contre lesquels l'intervention locale est impuissante puisqu'elle ne peut supprimer complètement le foyer sphacélé d'où partent les produits toxiques.



CHAPITRE III

Le traitement des abcès du foie par la réunion " per primum "

Nous ne voulons pas parler, dans cette courte étude, des procédés variés qu'a le chirurgien pour intervenir dans les abcès du foie ; nous ne dirons seulement qu'une chose, c'est que l'évacuation complète de la collection purulente par un procédé quelconque, l'ouverture de l'abcès est absolument nécessaire, cela en vertu même d'un des plus vieux préceptes chirurgicaux toujours vrai quel que soit le siège d'une suppuration collectée : « ubi pus, ibi evacua ». On faisait, jusqu'en 1918, l'incision de l'abcès par des voies d'accès appropriées à son siège en prenant certaines précautions pour ne pas inoculer la plèvre ou le péritoine, le nettoyage ou le curettage de ses parois et enfin son drainage ; par suite, un abcès du foie cicatrisait toujours par seconde intention. La découverte de l'émétine, par Rogers, en 1912, est venue modi-

fier temporairement les idées classiques sur le traitement des abcès du foie et, en 1913, on prétendait que les injections d'émétine et des ponctions évacuatrices simples pouvaient suffire à amener la guérison d'un abcès du foie dysentérique; mais, tout en reconnaissant l'action adjuvante de l'émétine, action très importante évidemment, spécifique quant à l'infection amibienne pure, ce qui est rarement le cas dans l'hépatite suppurée, on vit bientôt que ce traitement était insuffisant. Et on revint au traitement chirurgical en l'associant à l'émétine, car étant donné l'action spécifique de l'émétine sur l'amibe et sachant que le transport de l'amibe dans le foie est le fait initial dans la formation de l'abcès dysentérique, de même qu'un curettage dans une ostéomyélite syphilitique est insuffisant à amener seul la guérison, et qu'il est nécessaire de recourir au traitement spécifique de la syphilis, de même, dans l'hépatite suppurée, il faut recourir au traitement spécifique de l'amibiase, c'est-à-dire à l'émétine.

D'autre part, en mars 1918, M. Cotte ayant l'occasion d'intervenir pour un abcès du foie, tenta la réunion « per primum », et nous croyons qu'il fut le premier à le faire; un peu plus tard, en février 1919, M. Murard obtenait le même succès.

Pour bien s'expliquer en quoi et comment les idées modernes ont pu modifier le traitement de l'hépatite suppurée, il faut se reporter à l'anatomie pathologique de cette lésion:

1° La lésion type de l'hépatite suppurée est le nodule nécrosique, mort locale des cellules hépatiques, petit foyer blanchâtre, sec, dans lequel il n'y a pas de pus,

mais simplement des cellules hépatiques mortes et des amibes et rien que des amibes. Le foyer d'hépatolyse s'agrandit par érosion excentrique formant une sorte de caverne sans enveloppe propre. S'il n'y a pas d'infection secondaire et si le foyer est peu étendu, du tissu fibreux se développe alentour; les parois de ce kyste se froncent, se rapprochent, effacent la caverne et il y a véritablement une cicatrisation complète de la lésion; ce sont ces cicatrices étoilées, ces dépressions stellaires que l'on voit très souvent dans les autopsies de dysentériques.

D'autres fois, lorsque le foyer de nécrose est plus étendu, son centre se ramollit comme une gomme syphilitique et une paroi fibreuse isole le foyer du reste de la glande à la façon d'une poche kystique.

2° Si des bactéries pathogènes ont pénétré dans le foie en symbiose avec les amibes, il y a évolution phlegmoneuse et ulcéralive précoce; les leucocytes se précipitent autour du nodule et pénètrent en son centre nécrosé, du pus se forme très rapidement.

Au point de vue de la microbiologie des abcès du foie, les dernières recherches de Dopter et Kartulis ont montré qu'on pouvait diviser les abcès du foie en deux groupes :

1° Les abcès dits « stériles », où il n'y a pas de bactéries dans le pus, mais uniquement un parasite constant, que l'on trouve le plus souvent dans les parois de l'abcès. Il n'y a qu'une exception, c'est dans les très vieux abcès, où il y a eu une sorte d'auto-stérilisation, bactéries et amibes ont disparu.

2° La deuxième classe comprend tous les cas, et ce sont les plus communs, où, en même temps que le para-

site, se trouvent des microbes variés, de grande ou de faible septicité.

De ce qui précède, théoriquement, nous sommes en droit d'attendre presque à coup sûr la cicatrisation par première intention dans les abcès complètement stériles, mais ce sont des cas qui se présentent rarement au chirurgien puisque ce sont de vieux abcès. L'idée de la réunion « per primum » n'aurait donc eu, pratiquement, qu'un intérêt limité, car malgré le nettoyage de la poche ou le curettage, on ne peut espérer enlever tous les amibes de la lésion; c'est alors que l'on a tiré parti de l'action amœbicide de l'émétine. C'est ce que firent MM. Cotte et Murard, dont voici les observations:

OBSERVATION VI

(De M. COTTE)

Li van-C., Annamite n° 41. Auto T. N. T. P. 135, classe 1916.

Rentré à l'Hôpital Temporaire 17 le 14 mars 1918, venant de l'Hôpital Temporaire 8 avec le diagnostic de gros foie douloureux à traiter chirurgicalement.

A un séjour en Orient de 18 mois; malade depuis 12 jours seulement. En 1916, à Saïgon, a eu des douleurs dans le ventre avec diarrhée (dysenterie ?) A ce moment, il a été soigné par un médecin français; on ne lui a pas fait de piqûres d'émétine.

Depuis son arrivée en Orient, n'a jamais eu ni paludisme, ni diarrhée. L'affection actuelle a débuté il y a 12 jours par des douleurs dans le côté droit et de la température. Pas de douleurs à l'épaule. Appétit conservé.

Pas de signes pulmonaires.

A l'examen, l'abcès fait saillie sous le rebord des fausses-côtes droites.

Le 14 mars, incision à l'anesthésie locale de l'abcès. Après

nettoyage complet avec des compresses de gaze sèche et lavage à l'éther, on ferme complètement la poche dans laquelle on ne laisse qu'un crin. Dès le soir même, on soumet le malade à l'émétine (8 et 12 centigr. par jour pendant 8 jours). La fièvre tombe rapidement. Réunion par première intention; guérison complète.

Le 13 avril, une méningite tuberculeuse l'emporte en 48 heures. A l'autopsie l'abcès est guéri; la cavité n'existe plus, il y a simplement du tissu de cicatrice en voie de formation; mais au centre du foie on découvre un autre petit abcès du volume d'une noisette.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. MURARD)

Lecoigne François, du 6^e génie, compagnie 9/3, 38 ans, cultivateur.

Entré le 2 février 1919, à l'Hôpital Complémentaire 13 (Epernay), venant d'Avize avec une observation d'où sont extraits les renseignements suivants :

Marié, deux enfants; rien dans les antécédents. Toute la guerre sans blessure. Le 22 octobre 1918, gaz vésicants : brûlures généralisées, bronchite grave. Présente en même temps de la diarrhée. Cette diarrhée a un ancêtre; le 12 avril 1916, le malade a été hospitalisé 18 jours pour une diarrhée dysentérique. Le 15 novembre, il part en convalescence, mais la toux persiste, ainsi que la diarrhée.

La convalescence est prolongée. Le 30 décembre, crise à forme de coliqué hépatique avec irradiations au niveau du mamelon droit, mais rien dans l'épaule.

Rentre à la compagnie le 1^{er} janvier. Hospitalisé le 2. Le 6, on note de la fièvre à 40°, un mauvais état général, une masse dans l'hypocondre droit, une congestion pulmonaire double.

Le 8, le malade, entre à l'auto-chir. 17; abcès du foie net, avec broncho-pneumonie. Les 9, 10, 11, on injecte 4 centimètres cubes d'émétine sans amélioration.

Le 14 janvier, ponction du foie, liquide rouge peu épais,

dépôt purulent. L'examen bactériologique montre des globules rouges hémolysés, de nombreux polynucléaires, aucun microbe. Ponction évacuatrice de 200 centimètres cubes, soulagement immédiat.

Les 14, 15, 16, 17 et 18, on injecte encore 1 centimètre cube d'émétine. L'état général décline, les lésions pulmonaires s'aggravent.

Le 1^{er} février, le malade entre à Epernay. Grosses lésions pulmonaires bilatérales. Grosse masse hépatique.

2 février : *Intervention*. Anesthésie locale. Incision verticale sur le point culminant de la voussure à travers le droit. Foie adhérent à la paroi. Ponction de l'abcès; quand il s'est écoulé tout ce qu'il est possible d'évacuer avec le gros trocart, incision de la poche. Il reste encore beaucoup de liquide, avec une pulpe sphacélique sans odeur, ressemblant à des algues. On éponge soigneusement la poche à l'aide du miroir frontal; on extrait tous les lambeaux de pulpe qu'on peut atteindre.

Après assèchement de tous les recoins, suture par un surjet au catgut de la poche, sans aucun capitonnage. Un petit drain dans la partie inférieure. Suture de la paroi au catgut et aux crins. 2 fils d'attente au niveau du drain.

Le 4, ablation du drain, les deux fils sont serrés. Il s'est produit un abondant suintement par la plaie. Ce suintement diminue les jours suivants et disparaît.

Ablation des fils le dixième jour, réunion *per primum*.

Depuis l'entrée, aggravation progressive des signes pulmonaires. Mort le 24 février au soir d'asphyxie progressive.

Autopsie : 1° *Foie* : La cavité est réduite au volume d'une noix, elle s'est ratatinée sur elle-même et commence à s'organiser pour la cicatrisation. Un léger suintement à travers un point de la cicatrice, mais sans désunion. En somme, c'est un beau succès de la suture. L'abcès siégeait sur la face convexe, au niveau du bord antérieur du lobe droit, exactement au-dessus de la vésicule. Lésions de périhépatite, ou plus exactement de glissonite, étoilées, disséminées sur toute la face convexe. En un point, au niveau du lobe gauche, il y a comme un grain de semoule en saillie, unique, sur une zone fibreuse. Abscès unique, foie gros, au niveau du lobe D., un peu conges-

tionné au niveau du lobe G. Voies biliaires intactes, pas de calculs.

2° *Poumons* : Emphysème et congestion. Poumons blancs, écumeux; quelques très rares points suppurés dans de petites bronchioles profondes. Pas de lésions anciennes ou récentes aux sommets. Pas d'épanchement.

Dans ces deux cas, l'autopsie est venue confirmer ce que l'on pouvait espérer de cette méthode chirurgicale nouvelle.

Peut-on penser que cette méthode soit appelée à se généraliser au traitement de tous les abcès du foie ? Assurément non, car comme nous l'avons dit plus haut, dans la très grande majorité des cas, les amibes et les microbes sont associés et la réunion « per primum » ne devra être tentée que dans un nombre très limité de cas. Car, dans les abcès très septiques, son danger serait grand; non seulement la suppuration à l'intérieur de l'abcès pourrait continuer, empêcher l'accollement de ses parois et la réunion « per primum », mais encore si l'abcès se rouvre, il y aurait de trop grands risques d'infecter le péritoine. Peut-être pourrait-on l'appliquer, dans un plus grand nombre de cas, dans les abcès de septicité faible, en opérant comme M. Murard, c'est-à-dire en laissant un petit drain que l'on enlèverait quarante-huit heures après, s'il ne sort pas de pus.

L'indication de l'obtention de la réunion « per primum » se trouve donc :

1° Dans les abcès bactériologiquement stériles ; on s'en assurera par la ponction exploratrice et les cultures ; c'est une forme rare mais où la réussite est sûre.

2° Dans les abcès fibreux, à pus peu septique, où la collection est bien enkystée, à parois nettes et sans diver-

ticules, quand la poche a été enlevée. Cette indication de la réunion par première intention est la plus fréquente; en effet, dans les pays chauds se développent souvent, sur le terrain alcoolique, une forme spéciale de l'abcès du foie, l'abcès scléreux et enkysté (Rapport de Legrand au Congrès international de Chirurgie, 1908); dans les régions tempérées, d'autre part, longtemps après le retour des colonies, surviennent les abcès tardifs du foie, bien décrits dans les travaux lyonnais de Josserand et Lafférière, abcès à évolution chronique, presque froids, à septicité faible, et enveloppés d'une coque fibreuse qui les isole parfaitement du reste de la glande.

Naturellement, en présence d'un abcès à évolution aiguë, accompagnée de phénomènes généraux marqués, de signes locaux très accusés, de fièvre élevée, tous indices de la grande septicité de l'abcès, la question de tenter la réunion « per primum » ne se posera pas.

Pratiquement et cliniquement, en présence d'un abcès à évolution subaiguë, lente, à fièvre modérée ou nulle, ou d'un vieil abcès chronique, on pourra rechercher la réunion par première intention; au reste, lorsqu'après la laparotomie on arrive sur le foyer d'hépatite, suivant son aspect, le chirurgien pourra tirer les indications du mode de cicatrisation qu'il tentera. En présence d'une simple plaque nécrotique, à l'aspect bien reconnaissable, n'ayant pas encore passé à la suppuration, après excision du foyer de nécrose, il tentera la réunion « per primum »; de même lorsqu'il trouvera un abcès fibreux, à parois nettes, enkystant parfaitement le pus, après extirpation de la membrane pyogène.

La technique de l'opération sera très simple: après

amarrage de la région de l'abcès à la paroi, par une suture très soignée et aussi solide que possible du péritoine périhépatique au péritoine pariétal, on évacue la poche par incision et on en nettoie soigneusement les parois avec de la gaze, et on lave à l'éther. Cette toilette méticuleuse de l'abcès, en s'aidant au besoin d'un miroir frontal, est le temps important de l'intervention; il ne faut pas laisser la moindre parcelle de tissu nécrosé qui serait capable d'entretenir la suppuration à l'intérieur de la poche. Le curettage systématique, comme le fait Fontan, ne paraît pas indiqué en l'occurrence, car c'est une cause d'hémorragie ou de cholérragie qui empêcheraient l'accollement des parois de l'abcès. On ferme la poche par un simple surjet, puis l'on fait la suture méthodique et plan par plan de la paroi abdominale. Le capitonnage de l'abcès est inutile; en effet, le diaphragme comprime, par le jeu de la respiration, le foie seize fois par minute et efface, d'une façon presque constante, la cavité de l'abcès.

Il est prudent, toutefois, d'installer un drainage filiforme et lorsqu'on aura des doutes sur la stérilité bactérienne de l'abcès de mettre un très petit drain, comme l'a fait M. Murard, entre deux fils d'attente. Si tout va bien, rien n'est plus facile que de l'enlever deux ou trois jours après et de fermer alors totalement la plaie pariétale. Si, au contraire, la suppuration se rallume, on a une voie toute tracée par ce procédé pour drainer suffisamment; et on ne risque aucun accident de rétention ou de péritonite, même s'il y avait une reprise subite de la suppuration avec accroissement de la septicité de l'abcès.

CONCLUSIONS

La fréquence des abcès du foie observés au cours et à la suite de la guerre a permis d'apporter une contribution importante à leur étude et de préciser quelques points particuliers :

I. — Les abcès du lobe gauche ont une physionomie clinique propre. Par l'importance des symptômes douloureux, par le siège épigastrique médian de la tuméfaction, par leur migration dans le tube digestif (estomac) et dans le péricarde (rare), ils méritent d'être distingués de l'abcès du lobe droit.

II. — Une observation que nous rapportons nous permet d'insister sur l'existence de formes suraiguës emportant le malade avant que l'hépatite ait dépassé le stade de nécrose et dont le diagnostic est extrêmement difficile.

III. — L'existence d'abcès amicrobiens a permis, dans quelques cas, de tenter, après l'évacuation chirurgicale méthodique de la poche, la réunion par première intention. Cette réunion est possible ainsi que l'attestent deux observations cliniques que nous rapportons, suivies

d'autopsie (morts dues à d'autres causes), ce qui a permis, dans ces deux cas, de se rendre compte du mode de cicatrisation de la poche abcédée. Mais l'indication d'une telle méthode constitue l'exception, le traitement reste l'ouverture suivie du drainage.

Le Président de la Thèse,
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 10 mars 1921.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- AYME. — La stérilité des abcès du foie et ses conséquences chirurgicales (*Société de Chirurgie*, 1891).
- BAUR et PLISSON. — Traitement des abcès du foie par l'émétine (*Bulletin de la Société de Médecine militaire française*, 1913).
- BERRES. — Des abcès du foie à évolution lente et apyrétique (*Thèse de Montpellier*, 1900-1901).
- PERTRAND et FONTAN. — *Traité de l'hépatite suppurée des pays chauds*.
- BRESSON. — Le curettage des abcès du foie ; procédé de Fontan (*Thèse de Bordeaux*, 1894-1895).
- CARRADE. — Les applications chirurgicales de l'émétine (*Thèse de Lyon*, 1920).
- COTTE et CHIFOLIAU. — Les abcès du foie en Macédoine (*Lyon Chirurgical*, 1918).
- DOPTER. — Action de l'émétine dans les abcès amibiens du foie (*Paris Chirurgical*, 1916).
- DUPLA. — Contribution à l'étude des abcès du foie (*Thèse de Toulouse*, 1901-1902).
- FAURE et LABEY. — Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires (*Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet).
- GAY-BONNET. — Traitement des abcès du foie dysentérique (*Bulletin de la Société de Médecine militaire française*, 1913).

- JOSSERAND. — Des abcès dysentériques tardifs du foie (*Lyon Médical*, 1897).
- LAFFERRIÈRE. — Des abcès dysentériques tardifs du foie (*Thèse de Lyon*, 1900).
- LEGRAND. — Etude clinique et chirurgicale des abcès amibiens du foie (*Deuxième Congrès de la Société Internationale de Chirurgie*, Bruxelles, 1908).
- LUBET. — Abcès primitifs du foie d'origine tropicale. Etiologie et traitement (*Thèse de Lyon*, 1907).
- MORRIS. — Abcès latents du foie (*Thèse de Montpellier*, 1905-1906).
- PANTALONI. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.
- REGNAULT. — Les grands abcès du foie (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, 1917).
- SCHWARTZ. — Chirurgie du foie.
- SCOTTI Ange. — Abcès amibiens du foie et leur traitement par l'émétine, avec ou sans traitement chirurgical (*Thèse de Montpellier*, 1918).
- TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.
- TUFFIER. — Traitement des abcès du foie par l'émétine (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1913).
- VORONOFF. — Traitement des abcès du foie (*II^e Congrès de la Société internationale de Chirurgie*, Bruxelles, 1908).
-

